Deutscher Bundestag **Drucksache 15/1440**

15. Wahlperiode 18. 07. 2003

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Michalk, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/1160 –

Situation der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern

Vorbemerkung der Fragesteller

Nach einem Bericht der „Ärztezeitung" vom 14. April 2003 warnt der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, vor einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung vor allem in den neuen Bundesländern und wird mit der Aussage zitiert: „Das muss die Politik alarmieren." In vier von fünf Kammerbezirken sei die Zahl ambulant tätiger Ärzte zurückgegangen. Auch in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer seien inzwischen 1 000 Arztstellen unbesetzt. Die Zahlen beim ärztlichen Praktikum gingen zurück. Offenbar halten laut „Ärztezeitung" immer mehr Absolventen nach einem anderen Job als dem Arztberuf Ausschau.

1. Wie hoch ist die Versorgungsdichte mit Hausärzten in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (im Folgenden als neue Bundesländer bezeichnet, bitte weiterhin nach den einzelnen Bundesländern aufschlüsseln) im Vergleich zu den alten Bundesländern?

Die Versorgungsdichte mit Hausärzten gestaltet sich unterschiedlich, es sind Abweichungen sowohl nach oben als auch nach unten festzustellen. Definiert man die Versorgungsdichte als Verhältniszahl von Einwohner je Hausarzt ergeben sich folgende Werte:

Land	**Einwohner je Hausarzt**	**Einwohner je Hausarzt ohne Kinderärzte**
Alte Länder (ohne Berlin)	**1 410,22**	**1 560,39**
Berlin	1 198,60	1 356,46
Brandenburg	1 458,40	1 635,99
Mecklenburg-Vorp.	1 319,25	1 475,17
Sachsen	1 372,63	1 561,88
Sachsen-Anhalt	1 435,28	1 598,90
Thüringen	1 322,76	1 474,85

Quelle: KBV und eigene Berechnungen

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. Juli 2003 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

2. Wie ist die Altersstruktur der Hausärzte in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern?

Der Altersdurchschnitt der Hausärzte in den neuen Ländern liegt geringfügig über dem der Hausärzte in den alten Ländern. Im Detail liegen der Bundesregierung folgende Angaben vor:

Land	**Durchschnittsalter der Hausärzte**	**Durchschnittsalter der Hausärzte ohne Kinderärzte**
Alte Länder (ohne Berlin)	**50,4**	**50,3**
Berlin	52,3	52,4
Brandenburg	52,2	52,2
Mecklenburg-Vorp.	51,9	51,8
Sachsen	52,2	52,2
Sachsen-Anhalt	51,6	51,6
Thüringen	52,2	52,0

Quelle: KBV

3. Wie hoch ist die Versorgungsdichte mit Gebietsärzten (differenziert nach Gebietsarztgruppen) in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern?

Auch hier gestaltet sich das Bild der Versorgung uneinheitlich. Die der Bundesregierung vorliegenden Daten ermöglichen folgende Übersicht (auch hier wurde die Versorgungsdichte als Verhältnis von Einwohner je Arzt einer Arztgruppe definiert):

Land	**Einwohner je Allgemeinarzt**	**Einwohner je praktischer Arzt**	**Einwohner je Augenarzt**	**Einwohner je Frauenarzt**	**Einwohner je HNO-Arzt**
Alte Länder (ohne Berlin)	**2 613,01**	**6 592,26**	**15 556,74**	**7 591,26**	**20 343,43**
Berlin	3 060,92	4 806,29	10 722,89	5 965,55	12 982,51
Brandenburg	2 414,38	9 711,76	16 516,18	9 066,57	21 254,43
Mecklenburg-Vorp.	2 082,69	9 214,02	14 914,21	8 380,37	17 957,93
Sachsen	2 134,47	12 744,74	14 912,22	7 705,08	18 577,08
Sachsen-Anhalt	2 265,69	9 701,60	14 179,26	8 115,18	20 811,50
Thüringen	2 120,83	9 065,36	14 977,56	8 174,19	20 263,76

Land	**Einwohner je Hautarzt**	**Einwohner je Internist**	**Einwohner je Kinderarzt**	**Einwohner je Orthopäde**	**Einwohner je Urologe**
Alte Länder (ohne Berlin)	**23 910,23**	**4 056,05**	**12 818,44**	**14 890,07**	**29 305,86**
Berlin	16 369,25	2 908,53	9 491,41	11 257,26	21 310,91
Brandenburg	27 882,15	5 996,22	11 524,62	21 430,08	36 014,44
Mecklenburg-Vorp.	24 107,90	4 848,15	9 461,70	19 339,31	29 331,28
Sachsen	22 834,33	4 791,47	9 428,37	17 125,75	29 034,38
Sachsen-Anhalt	22 246,78	4 823,60	11 418,70	18 700,19	31 471,05
Thüringen	24 357,44	4 822,77	10 261,22	18 407,53	30 523,89

Quelle: KBV

4. Wie hat sich die Zahl der Zulassungen und des Zulassungsendes (differenziert nach Gebietsarztgruppen in den neuen Bundesländern) in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Zahl der zugelassenen Ärzte hat sich in den neuen Ländern (mit Berlin) inhomogen entwickelt, wie die nachfolgende Übersicht verdeutlicht. Die Werte in den „Differenzspalten“ stehen für die sich ergebende Differenz zwischen der Zahl der Neuzulassungen und der Zahl der Beendigung der Zulassung im jeweiligen Jahr (Nettoveränderung).

Eine Differenzierung nach einzelnen (neuen) Ländern ist nicht möglich.

Arztgruppe	**Differenz 1998**	**Differenz 1999**	**Differenz 2000**	**Differenz 2001**	**Differenz 2002**
Allgemeinärzte	59	26	24	-40	-47
Praktische Ärzte	-158	-202	-72	-55	-83
Augenärzte	-7	-2	10	-2	-11
Frauenärzte	16	2	23	5	7
HNO-Ärzte	-1	-5	8	-11	2
Hautärzte	-7	-1	5	-14	-3
Internisten	66	57	69	85	70
Kinderärzte	-525	-22	-7	-5	-20
Orthopäden	25	20	28	17	17
Urologen	19	15	4	8	7

Quelle: KBV

5. Wie viele der Haus- und Gebietsärzte in den neuen Bundesländern werden nach Berechnungen bzw. Erkenntnissen der Bundesregierung in den nächsten fünf und den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen?

Über die Anzahl der Haus- und Gebietsärzte in den neuen Ländern, die in den nächsten fünf und in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen, kann allenfalls spekuliert werden. Dies insbesondere deshalb, weil die in den alten Ländern geltende Altersgrenze (Beendigung der Zulassung mit Vollendung des 68. Lebensjahres, § 95 Abs. 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in den neuen Ländern erst ab 2011 zur Anwendung kommt.

Die nachfolgende Übersicht stellt den Prozentanteil der Ärzte dar, welche 60 Jahre oder älter sind (Stand 31. Dezember 2002):

Land	**Hausärzte**	**Hausärzte ohne Kinderärzte**	**Fachärzte**	**Fachärzte ohne Kinderärzte**	**Kinderärzte**
Berlin	22,4 %	22,5 %	15,9 %	15,9 %	22,2 %
Brandenburg	29,7 %	30,4 %	18,5 %	18,5 %	24,4 %
Mecklenburg-Vorp.	28,9 %	29,2 %	17,5 %	17,5 %	27,0 %
Sachsen	29,1 %	29,3 %	18,7 %	18,7 %	27,7 %
Sachsen-Anhalt	26,8 %	27,3 %	15,8 %	15,8 %	22,3 %
Thüringen	29,3 %	29,8 %	17,7 %	17,7 %	25,0 %

Quelle: KBV

6. Wie hat sich das Eintrittsalter in den Ruhestand von Haus- und Gebietsärzten in den neuen Bundesländern in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Über die Entwicklung des Eintrittsalters der in den Ruhestand gehenden Ärzte in den neuen Ländern liegen der Bundesregierung keine aktuellen Informationen vor.

7. Hat die Bundesregierung hinsichtlich der Fragen 1 bis 6 Erkenntnisse über den Anteil der Ärztinnen, und wie bewertet sie diese Entwicklung?

Die Bundesregierung hat keine entsprechenden Erkenntnisse, eine Bewertung ist damit nicht möglich.

8. Wie hoch ist momentan das durchschnittliche Zulassungsalter von Haus- und Gebietsärzten in den jeweiligen neuen Bundesländern, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Der Altersdurchschnitt bei den zugelassenen Haus- und Fachärzten hat sich nach Informationen der Bundesregierung in den Jahren 1998 bis 2002 wie folgt entwickelt (Angaben in Lebensjahren):

Länder	**Hausärzte**					**Hausärzte ohne Kinderärzte**				
	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Berlin	50,45	50,73	51,28	51,83	52,33	50,46	50,73	51,28	51,88	52,40
Brandenburg	50,28	50,93	51,57	51,91	52,19	50,33	50,95	51,59	51,94	52,21
Mecklenburg-Vorp.	50,63	51,23	51,71	51,90	51,90	50,63	51,23	51,68	51,90	51,83
Sachsen	50,04	50,66	51,40	51,86	52,24	50,04	50,67	51,39	51,82	52,20
Sachsen-Anhalt	49,64	50,18	50,59	51,04	51,59	49,62	50,18	50,58	50,98	51,56
Thüringen	50,36	50,93	51,35	51,87	52,16	50,26	50,85	51,22	51,75	52,03

Länder	**Fachärzte**					**Fachärzte ohne Kinderärzte**				
	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Berlin	49,56	49,59	49,93	50,15	50,29	49,57	49,59	49,93	50,15	50,29
Brandenburg	47,95	48,35	48,79	49,23	49,61	47,93	48,36	48,79	49,23	49,61
Mecklenburg-Vorp.	47,56	47,97	48,36	48,75	49,15	47,57	47,96	48,35	48,75	49,15
Sachsen	48,31	47,79	48,27	48,66	48,99	48,05	47,77	48,27	48,66	48,99
Sachsen-Anhalt	47,34	47,69	48,06	48,47	49,03	47,34	47,69	48,06	48,47	49,03
Thüringen	47,75	48,25	48,81	49,30	49,68	47,76	48,24	48,81	49,30	49,68

Quelle: KBV

Das durchschnittliche Alter der Haus- und Fachärzte bei ihrer Zulassung hat sich nach Informationen der Bundesregierung in den Jahren 1998 bis 2002 wie folgt entwickelt (Angaben in Lebensjahren):

Länder	**Hausärzte**					**Hausärzte ohne Kinderärzte**				
	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Berlin	40,09	39,50	41,09	40,53	41,45	40,44	39,59	41,02	40,66	41,32
Brandenburg	36,91	37,94	37,27	39,57	39,64	36,79	37,38	37,14	39,21	39,38
Mecklenburg-Vorp.	36,83	39,73	36,61	38,68	37,22	36,44	39,00	36,41	38,71	36,81
Sachsen	36,50	36,25	36,75	37,48	38,18	36,50	35,95	36,57	37,33	37,71
Sachsen-Anhalt	33,50	36,14	34,61	36,42	35,73	33,26	35,96	34,07	36,10	35,42
Thüringen	36,76	35,78	36,73	37,88	37,90	36,84	35,67	36,57	37,83	37,41

Länder	Fachärzte					Fachärzte ohne Kinderärzte				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
Berlin	40,09	39,50	41,09	40,53	41,45	40,25	40,22	40,23	41,13	40,72
Brandenburg	36,91	37,94	37,27	39,57	39,64	40,17	38,73	39,22	40,02	39,50
Mecklenburg-Vorp.	36,83	39,73	36,61	38,68	37,22	37,49	37,72	38,02	38,72	38,46
Sachsen	36,50	36,25	36,75	37,48	38,18	37,08	37,17	37,50	38,96	39,37
Sachsen-Anhalt	33,50	36,14	34,61	36,42	35,73	37,64	38,29	36,72	37,76	40,95
Thüringen	36,76	35,78	36,73	37,88	37,90	39,01	38,58	38,96	40,21	39,13

Quelle: KBV

9. Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Entwicklung, dass seit 1991 der Anteil der jungen Ärzte (unter 35) an den berufstätigen Ärzten von 27 % auf 17 % gesunken ist, und welche Ursachen sieht die Bundesregierung dafür?

Es ist richtig, dass es zu Beginn der 90er Jahre zu einem Rückgang der Studienplatzzahl und damit auch zu einem Rückgang der berufstätigen Ärzte gekommen ist. Als Ursache hierfür ist die geänderte Approbationsordnung zu sehen, die das Ziel hatte, die medizinische Ausbildung zu verbessern. Seit nunmehr fast 10 Jahren ist die Zahl der Studienplätze aber nahezu konstant bei rund 10 500. Von der vor wenigen Wochen erneut geänderten (Muster-) Weiterbildungsordnung verspricht sich die Bundesregierung zudem eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufs. Die mit dem Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes beabsichtigte Einführung von Gesundheitszentren, in denen insbesondere jungen Ärzten und Ärztinnen das mit der Selbständigkeit im ambulanten Versorgungsbereich verbundene wirtschaftliche Risiko genommen wird, wird z. B. auch positive Effekte im Hinblick auf die Bereitschaft haben, den Arztberuf auszuüben (vgl. im Übrigen Frage 29).

10. Wie wird sich die Zahl der Hausärzte in den neuen Bundesländern nach Kenntnis der Bundesregierung in den nächsten fünf und den nächsten zehn Jahren perspektivisch entwickeln (insbesondere auch unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung)?

Die Entwicklung der Zahl der zugelassenen Hausärzte ist nicht genau zu prognostizieren, da zum einen die Zahl der ausscheidenden Hausärzte – die Altersgrenze von 68 Jahren, mit der die Zulassung endet, wird in den neuen Ländern erst ab 2010/2011 wirksam – nicht vorherzusehen ist. Zum anderen weisen bis auf Brandenburg alle neuen Länder in den 90er Jahren Bevölkerungsrückgänge auf, so dass Vorhersagen über die zukünftige Arzt/Einwohnerrelation einer hohen Unsicherheit unterliegen.

11. Wie bewertet die Bundesregierung Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, nach denen in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) bis zum Jahre 2008 ein Ersatzbedarf an 1 944 Hausärzten besteht, und sieht sie die Nachbesetzung sichergestellt, und wenn nein, welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich?

Einen Ersatzbedarf in der genannten Größenordung sieht die Bundesregierung nicht. Die KBV geht davon aus, dass der Status quo zu halten ist, also jeder der freiwerdenden Arztsitze nachbesetzt werden muss und damit auch solche, die in überversorgten Regionen liegen (Versorgungsgrad von über 110 %). Damit würde die Überversorgung fortgeschrieben.

Nach den Vorgaben des SGB V kann Unterversorgung vorliegen, wenn bei Hausärzten eines Planungsbereiches der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad von 75 % unterschritten wird. Ob bei einer nur teilweisen Nachbesetzung von 1 944 Hausarztsitzen bereits der Zustand der Unterversorgung eintritt, ist daher spekulativ und wird regional sehr unterschiedlich zu bewerten sein. Im Übrigen enthält der von den Fraktionen der Regierungskoalition eingebrachte Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes Regelungen, um etwaigen Versorgungsengpässen oder -lücken begegnen zu können. Hierzu zählen insbesondere die beabsichtige Einrichtung von Gesundheitszentren (vgl. Frage 9), die Öffnung von Krankenhäusern bei Unterversorgung sowie die verbesserten Möglichkeiten der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Regionen (vgl. Frage 19).

12. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass von einer Unterversorgung im hausärztlichen Bereich bei weniger als 75 % des Bedarfs und im gebietsärztlichen Bereich erst bei weniger als 50 % des Bedarfs die Rede ist (vgl. Ärztezeitung vom 14. April 2003), und hält sie nach Eintreten dieser Zahlen Maßnahmen, um dieser Entwicklung gegenzusteuern, noch für wirkungsvoll?

In dem Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes sind verschiedene Maßnahmen zur Gegensteuerung enthalten. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Entwicklung der Zulassungszahlen um einen Prozess in größeren Zeitspannen handelt, so dass frühzeitig durch die zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung verpflichteten Institutionen gegensteuernde Maßnahmen getroffen werden können. Der Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes eröffnet insoweit zusätzliche Möglichkeiten (vgl. Frage 19).

Grundsätzlich ist zudem festzuhalten, dass erst bei einem rechnerischen Versorgungsgrad i. H. v. 75 % und weniger von einer rechnerischen Unterversorgung auszugehen ist. Bei allen Werten darüber handelt es sich um „Vollversorgung“ (>75 % und bis 110 %) oder Überversorgung (bei Verhältnisgraden über 110 %). Die Nichtbesetzung von frei werdenden Arztsitzen führt also nicht zwangsläufig zu Unterversorgung.

13. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse, in welchen Gebieten der neuen Bundesländer von ihr in der Antwort des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Dr. Klaus Theo Schröder, vom 7. Mai 2002 auf die Schriftliche Frage 86 der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl (Bundestagsdrucksache 14/9004) für möglich gehaltene lokale Versorgungsengpässe aufgetreten sind oder drohen, und sieht sie in diesem Zusammenhang Maßnahmen zur Sicherstellung durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen für ausreichend an?

Es ist nach geltendem Recht Aufgabe der Länder als Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der gesetzlichen Aufgaben und Pflichten zu überprüfen und sicherzustellen. Konkrete Hinweise auf dauerhafte oder drohende Versorgungsengpässe in den neuen Ländern liegen der Bundesregierung zurzeit nicht vor.

14. Ist der Bundesregierung in bestimmten Regionen ein besonderes Missverhältnis in den Arztzahlen zwischen städtischem und ländlichem Be-

reich bekannt, und wenn ja, welche Maßnahmen hält sie für geboten, um dieser Entwicklung gegenzusteuern?

Die jüngst durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) veröffentlichte Studie zeigt, dass es unter bestimmten Annahmen tatsächlich zu Missverhältnissen zwischen den städtischen und ländlichen Versorgungsgebieten kommen kann. Zu den Maßnahmen, wie etwaigen Versorgungsengpässen zu begegnen ist, wird auf die Antworten zu den Fragen 11 und 13 verwiesen.

15. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung bekannt, in denen von den Kassenärztlichen Vereinigungen in eigener Regie ärztliche Praxen mit angestellten Ärzten betrieben werden, und wie bewertet die Bundesregierung die Arbeit dieser Einrichtungen?

16. Wie viele Kassenärztliche Vereinigungen sind der Bundesregierung bekannt, die für niedergelassene Ärzte in ländlichen oder strukturschwachen Regionen Vergütungszuschläge (beispielsweise durch den „Landarztzuschlag“) vornehmen, und wie bewertet sie diese Praxis?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor; da von Seiten der befragten Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) keine Fälle benannt wurden.

17. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Sicherstellung der Notdienste in den neuen Bundesländern im Hinblick auf die Häufigkeit der Wahrnehmung durch denselben Arzt, und wie beurteilt sie die daraus resultierenden Belastungen des einzelnen Arztes?

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse über die Sicherstellung der Notdienste durch einzelne Ärzte vor und damit auch nicht über deren etwaige Arbeitsleistungen.

18. Wie sieht die Versorgungssituation im Hinblick auf die Morbidität und die Altersstruktur der Bevölkerung in den neuen Bundesländern aus, welche Krankheiten bilden besondere Schwerpunkte?

Der Bundesregierung liegen keine aktuellen, detaillierten Daten über die Versorgungssituation im Hinblick auf die Morbidität der Bevölkerung in den neuen Ländern vor.

19. Werden etwaige Unterschiede in der Morbidität und der Altersstruktur der Bevölkerung in den neuen Bundesländern gegenüber den alten Bundesländern ausreichend in der Vergütung der Ärzte in den neuen Bundesländern berücksichtigt?

Die Krankenkassen zahlen jeweils auf der Grundlage von sog. Gesamtverträgen die Arzthonorare für die Behandlung ihrer Versicherten in einer Summe, als „Gesamtvergütung“, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, die diese an die einzelnen Ärzte weiterverteilt. Für die Berechnung der Gesamtvergütungen stehen den Vertragspartnern gesetzlich verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung; i. d. R. werden die Gesamtvergütungen mit Hilfe von sog. Kopfpauschalen berechnet. Die Kopfpauschale ist der Betrag, den eine Kasse für jedes Mitglied in gleicher Höhe – unabhängig von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme, d. h. auch für „gesunde“ Mitglieder – an die Kassen-

ärztliche Vereinigung zahlt. Die Gesamtvergütung errechnet sich dann aus der Multiplikation der vereinbarten Kopfpauschale mit der Anzahl der Kassenmitglieder. Die Höhe der Kopfpauschalen verschiedener Kassen, Kassenarten und verschiedener Regionen variiert teilweise erheblich. Diese Unterschiede spiegeln vor allem Unterschiede im ärztlichen Versorgungsbedarf wider.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es im Bereich der neuen Länder durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei den Honorarvereinbarungen der Ärzte und Zahnärzte, welches zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, zu Anpassungen bei der Höhe der Kopfpauschalen gekommen ist. Das Gesetz sieht vor, dass die von den Betriebskrankenkassen gezahlten Kopfpauschalen mindestens auf das Durchschnittsniveau der Kopfpauschalen der anderen Kassenarten (Orts-, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen) in den neuen Ländern angehoben werden. Auch durch weitere Regelungen des Gesetzes wird der Anpassungsprozess der Ost- an die Westvergütungen der Vertragsärzte weiter gefördert (s. u.).

Hinzuweisen ist auch auf eine Regelung aus dem Beitragssatzsicherungsgesetz, die klarstellt, dass Ausgabensteigerungen für zusätzliche Leistungen, die die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme auf Grund der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V erbracht werden, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzten. Für diese Leistungen können grundsätzlich Ausgabensteigerungen vereinbart werden, die oberhalb der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 SGB V liegen. Im Jahr 2003 sind diese Leistungen damit auch nicht von der sog. „Null-Runde“ betroffen. Ist der Anteil chronisch Kranker in den neuen Länder tatsächlich höher als in den alten Ländern, wird sich die Ausnahmeregelung für Disease-Management-Programme insbesondere für die Vertragsärzte in den neuen Ländern positiv auswirken.

Schließlich enthält der Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes eine Regelung, die darauf abzielt, gegebenenfalls bestehenden Versorgungsschwierigkeiten in der ambulanten Versorgung in den neuen Ländern zu begegnen. Schon nach bisherigem Recht gehört es allerdings zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, in Abhängigkeit von der gegebenen Versorgungssituation Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Im Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes wird nunmehr klargestellt, dass zu den Maßnahmen zum Abbau von Unterversorgung auch die Zahlung von „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zuschlägen zum Honorar gehören kann. Zu finanzieren sind die Sicherstellungszuschläge jeweils zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und von den Krankenkassen. Die Krankenkassen entrichten ihren Anteil dabei zusätzlich zur Gesamtvergütung nach § 85 SGB V. Der im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt für solche Maßnahmen in einem Kalenderjahr aufzuwendende Betrag ist dabei auf ein Finanzvolumen in Höhe von 1 % der von den Krankenkassen an diese Kassenärztliche Vereinigung insgesamt gezahlten Gesamtvergütungen begrenzt. Für die neuen Länder könnten somit pro Jahr rund 30 Mio. Euro für Sicherstellungszuschläge aufgewandt werden, davon würden bis zu 15 Mio. Euro von den Krankenkassen zusätzlich zum bisherigen Honorarvolumen bereitgestellt werden.

20. Wird die Anzahl der jeweiligen Gebietsärzte der Morbidität und der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern gerecht?

Nach heutigem Wissensstand ist davon auszugehen, dass die Zahl der Gebietsärzte bei der zu erwartenden Morbidität und Altersentwicklung der Bevölkerung angemessen sein wird. Wie bereits an anderer Stelle erläutert (vgl. z. B.

Frage 11), sieht der Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes eine Reihe von Maßnahmen zur Schließung eventueller lokaler Versorgungslücken vor.

21. In welchem Verhältnis stehen die Einnahmen der Haus- und Gebietsärzte aus vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit in den neuen und alten Bundesländern?

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betrug der durchschnittliche Umsatz je Vertragsarzt aus der Leistungsabrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2001 in den alten Ländern 200 062 Euro und den neuen Ländern 179 574 Euro. Damit lag die Ost-West-Relation bei rechnerisch rund 90 %. Die Umsätze der Hausärzte aus vertragsärztlicher Tätigkeit beliefen sich im Jahr 2001 auf 177 553 Euro (West) bzw. 154 997 Euro (Ost), die Umsätze der Gebietsärzte auf 221 844 Euro (West) bzw. 209 088 Euro (Ost). Die sich hieraus ergebenden Verhältniswerte im Ost-West-Vergleich liegen bei 87,3 % (Hausärzte) bzw. 94,3 % (Gebietsärzte).

Aktuelle Angaben zur Höhe der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit liegen der Bundesregierung nicht vor. Die jüngsten verfügbaren Zahlen wurden vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) in der „Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999“ veröffentlicht und beziehen sich auf die Jahre 1997 bis 1999. Die Studie des ZI enthält jedoch keine aggregierten Daten für die haus- und gebietsärztliche Versorgung, sondern differenziert nach Facharztgruppen und Umsatzklassen. Am Beispiel der Allgemeinärzte in der mittleren Umsatzkategorie soll die Einnahmen- und Überschusssituation bezogen auf das Segment der privatärztlichen Tätigkeit dargestellt werden. Danach erzielen Allgemeinärzte/West durchschnittlich 16,2 % ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit. Der entsprechende Anteil für Allgemeinärzte/Ost liegt bei 8,1 %. Der Überschuss der Allgemeinmediziner speist sich zu 16,2 % (West) bzw. 6,6 % (Ost) aus privatärztlicher Tätigkeit.

22. Welche Unterschiede bestehen in der Höhe der betrieblichen Kosten, der Arbeitszeit und der Anzahl der Angestellten der Fach- und Gebietsärzte zwischen den neuen und den alten Bundesländern, und wo werden hier seitens der Bundesregierung besondere Probleme gesehen?

23. Wie unterscheiden sich die Arbeitszeiten und die Einkommen vor bzw. nach Steuern (mit und ohne Vorsorgeaufwendungen) der Haus- und Gebietsärzte in den alten und den neuen Bundesländern (bitte detaillierte Aufstellung nach Bundesländern)?

Zu den o. g. Sachverhalten liegen dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) lediglich die Daten aus den regelmäßig ermittelten und veröffentlichten Untersuchungen des ZI (sog. Kostenstrukturerhebungen) vor. Dabei werden im Rahmen von Zufallsstichproben ausgewählte Ärzte nach ihren Einnahmen und Betriebsausgaben befragt. Die jüngsten verfügbaren Zahlen wurden vom ZI in der „Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999“ veröffentlicht und beziehen sich auf die Jahre 1997 bis 1999. Die darin enthaltenen Daten sind dabei nach alten und neuen Ländern differenziert. Eine Differenzierung nach den einzelnen Ländern findet nicht statt. Das BMGS hat das ZI um die Lieferung aktueller Daten zu den o. g. Fragestellungen gebeten, diese ist nach Aussage des ZI kurzfristig aber nicht durchführbar.

Um Aussagen über die Einkommenssituation (Praxisüberschuss) der Vertragsärzte treffen zu können, müssen die Betriebsausgaben der Praxen in die Betrachtung einbezogen werden. Werden die vom ZI ermittelten durchschnittlichen Anteile der Betriebsausgaben an den Praxisumsätzen auf die durchschnittlichen Umsätze der KBV-Statistik bezogen, ergibt sich für das Jahr 2001 ein durchschnittlicher Überschuss je Arzt aus GKV-bezogenen Umsätzen, d. h. ohne Privatpatienten, in den neuen Ländern von 74 882 Euro; das sind ca. 90,4 % des Durchschnittseinkommens der Ärzte/West im Jahr 2001 (82 826 Euro). Die Ost-West-Relation der Versicherteneinkommen ist wesentlich niedriger als die Ost-West-Relation der Ärzteeinkommen. Das beitragspflichtige Durchschnittseinkommen (Grundlohn) der GKV-Mitglieder/Ost liegt bei 15 591 Euro (2001), d. h. bei 79 % des Grundlohns/West von 19 794 Euro.

Die ZI-Studie für das Jahr 1999 enthält neben den Kostenerhebungen einige Auswertungen zu den übrigen o. g. Fragestellungen. Diese Auswertungen weisen aber eine Reihe von methodischen Mängeln und Defiziten auf und sind deshalb für die o. g. Fragestellungen nur von begrenzter Aussagekraft. (Vgl. dazu auch die Antworten des Staatssekretärs im BMGS, Dr. Klaus Theo Schröder, vom 7. Mai 2002 auf die schriftlichen Fragen 84 bis 86 der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl auf Bundestagsdrucksache 14/9004.)

24. Sind nach der Einführung des Wohnortprinzips in 2002 die geplanten Steigerungen der Vergütung der ostdeutschen Ärzte eingetreten?

Durch die im Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen vorgesehene Anhebung der Kopfpauschalen der Betriebskrankenkassen in den neuen Ländern auf das Durchschnittsniveau der Kopfpauschalen in den neuen Ländern steigt das Honorarvolumen in den neuen Ländern in den Jahren 2002/2003 um insgesamt ca. 87 Mio. Euro, d. h. um 2,9 %. Die Ost-West-Quote des Durchschnittseinkommens der Ärzte kann unter sonst gleichen Bedingungen dadurch auf (geschätzt) bis zu 92,8 % steigen. Zudem sieht das Gesetz vor, dass in den Jahren 2002 bis einschließlich 2004 Honorarerhöhungen von insgesamt bis zu 6 % zusätzlich zur grundlohnorientierten Honoraranpassung vereinbart werden können, sofern die damit verbundenen Mehrausgaben durch Minderausgaben bei den Leistungen von Krankenkassen und Leistungserbringern in dem jeweiligen Land erwirtschaftet werden. Wenn die Vertragspartner diese Regelung nutzen, kann das Honorarvolumen in den neuen Ländern zusätzlich um bis zu 184 Mio. Euro erhöht werden; die Ost-West-Quote des durchschnittlichen Ärzteeinkommens würde dadurch unter sonst gleichen Bedingungen auf (geschätzt) bis zu 98 % steigen. Einsparpotentiale bestehen insbesondere im Arzneimittelbereich. Die Belastung der Krankenkassen durch Arzneimittelverordnungen ist in den neuen Ländern mit rund 359 Euro je Versicherten (2002) um 18 % höher als in den alten Ländern (305 Euro). Bei einer Absenkung der Arzneimittelausgaben/Ost auf das West-Niveau könnte ein Einsparpotential von rund 645 Mio. Euro verfügbar gemacht werden; d. h. auch wenn nur ein Drittel dieses Einsparpotentials realisiert wird, kann die o. a. Ost-West-Angleichung der Honorare erreicht werden.

In den o. g. Honorardaten der KBV sind die Auswirkungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte noch nicht enthalten. An den aktuellen Daten der Krankenkassen sind die Auswirkungen jedoch bereits ablesbar. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante ärztliche Behandlung in den neuen Bundesländern sind im Jahr 2002 um 4,8 % auf ein Volumen in Höhe von 3,15 Mrd. Euro angestiegen. Das Ost-West-Verhältnis der GKV-Ausgaben je Arzt hat sich damit im letzten Jahr auf 95,7 % erhöht (GKV-Umsatz je Arzt in Ost: 174 791 Euro; GKV-Umsatz je Arzt in West: 182 566 Euro). Da sich ein großer Teil die-

ser Ausgabenanstiege in den neuen Ländern aus einer Ausgabensteigerung bei den Betriebskrankenkassen ergibt, ist davon auszugehen, dass dieser Anstieg insbesondere auf das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips zurückzuführen ist, von welchem vor allem die Betriebskrankenkassen betroffen waren. Über die endgültigen Auswirkungen des Wohnortprinzips kann aber erst nach Ablauf des Jahres 2004 etwas gesagt werden. Die Bundesregierung hat dazu dem Deutschen Bundestag im Jahr 2005 einen Bericht vorzulegen; auf der Grundlage dieses Berichts soll geprüft werden, ob zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind, um eine weitere stufenweise Angleichung der Vergütungen zu ermöglichen.

25. Welche besonderen Auswirkungen hat die Nullrunde des so genannten Beitragssatzsicherungsgesetzes auf die Haus- und Gebietsärzte in den neuen Bundesländern?

Da der Bundesregierung zurzeit noch keine Honorardaten für das Jahr 2003 vorliegen, können noch keine Aussagen zu den Auswirkungen des Beitragssatzsicherungsgesetzes auf das Einkommen der Haus- und Gebietesärzte in den neuen Ländern gemacht werden. Grundsätzlich ist dazu aber auf Folgendes hinzuweisen:

Durch die im Beitragssatzsicherungsgesetz enthaltenen Regelungen zur Vergütung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser wird die nach den bisher geltenden gesetzlichen Vorgaben mögliche Erhöhung der Vergütungen entsprechend der sog. Grundlohnrate für das Jahr 2003 ausgesetzt. Damit soll ein Beitrag zur Stabilisierung der finanziellen Lage der GKV und zur Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen geleistet werden. Eine Absenkung des Ausgabenniveaus ist, im Gegensatz zu den Regelungen, die die Apotheker, den pharmazeutischen Großhandel, die Pharmaindustrie sowie die Zahntechniker betreffen, nicht vorgesehen. Durch die Aussetzung der Vergütungserhöhungen im Jahr 2003 wird im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung eine zusätzliche finanzielle Belastung der GKV in Höhe von 220 Mio. Euro, die bei einer grundlohnorientierten Erhöhung dieser Ausgaben entstanden wäre, vermieden. Das bedeutet – bei ca. 115 000 Vertragsärzten –, dass jeder Vertragsarzt im Durchschnitt auf eine Honorarerhöhung von rund 160 Euro pro Monat verzichten muss.

Durch die Regelung werden Honorarerhöhungen im Jahr 2003 nicht generell ausgeschlossen:

- Die Regelung gilt nicht für vertragsärztliche Leistungen, die im Bereich der Vorsorge und Früherkennung oder auf der Grundlage sog. Strukturverträge erbracht werden; ausgenommen sind ferner neu eingeführte Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme).
- Eine Erhöhung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen ist möglich, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden (§ 71 Abs. 2 SGB V). Diese Einsparungen müssen grundsätzlich durch vertragliche Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgesichert sein.
- Für die neuen Länder gilt zudem die o. g. Sonderregelung aus dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte weiter, die solche Honorarerhöhungen unter erleichterten Voraussetzungen ermöglicht.

26. Wann beabsichtigt die Bundesregierung eine Angleichung der Honorare der Ärzte in den neuen Bundesländern pro erbrachter Leistung an das vergleichbare West-Niveau?

In den zurückliegenden Jahren hat es eine Reihe von gesetzlichen Regelungen gegeben, auf deren Grundlage es zu einer schrittweisen Anhebung des Vergütungsniveaus der Ärzte in den neuen Ländern gekommen ist (s. o.). Eine „Angleichung der Honorare der Ärzte in den neuen Ländern pro erbrachter Leistung an das vergleichbare West-Niveau“ ist aber mit einigen Problemen verbunden:

Der „Preis“ für eine ärztliche Leistung ergibt sich aus der Bewertung der Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Punkten und dem jeweiligen Punktwert. Während die Bewertungen der Leistungen im EBM bundeseinheitlich sind, variieren die von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung ausgezahlten Punktwerte regional, nach Arztgruppen und nach Kassenarten. Dabei ist zu beachten, dass es Punktwertunterschiede nicht nur zwischen den alten und den neuen Ländern gibt, sondern auch zwischen den einzelnen KV-Regionen in den alten und in den neuen Ländern. Die Höhe des Punktwertes, der von einer Kassenärztlichen Vereinigung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zu Grunde gelegt wird, ergibt sich u. a. aus

– der Höhe der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung,
– den Regelungen des von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) und
– der Entwicklung der von den Vertragsärzten in der jeweiligen Region insgesamt abgerechneten Leistungsmenge.

Die in der Frage angesprochene „Angleichung der Honorare der Ärzte in den neuen Ländern pro erbrachter Leistung an das vergleichbare West-Niveau“ würde somit praktisch bedeuten, dass die Höhe der jeweils ausgezahlten Punktwerte bundeseinheitlich vorgegeben werden müsste. Eine solche Regelung ist mit der gegenwärtig bestehenden Systematik der vertragsärztlichen Vergütung nicht vereinbar. Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die o. g. bestehenden und geplanten gesetzlichen Regelungen insgesamt eine verlässliche Grundlage für die Angleichung des Vergütungsniveaus in den neuen Ländern an das Niveau in den alten Ländern geschaffen wird.

27. Welche zusätzlichen Personal- und Sachkapazitäten veranschlagt die Bundesregierung für die geplante Stärkung der Lotsenfunktion der Hausärzte, und wie beurteilt sie die Funktionsfähigkeit eines solchen Hausarztsystems in Anbetracht der Entwicklung der Hausarztzahlen in den neuen Bundesländern?

Wie die Versorgungssituation im hausärztlichen Versorgungsbereich – auch bei einer Stärkung der Lotsenfunktion der Hausärzte – zukünftig aussehen wird, ist auf der Basis empirischer Daten heute noch nicht sicher vorhersehbar. Aufgrund der möglicherweise entstehenden regionalen Engpässe im hausärztlichen Versorgungsbereich und unter Berücksichtigung der sich verändernden Anforderungen an den Hausarzt der Zukunft hat die Bundesregierung verschiedene Maßnahmen zu dessen Stärkung und zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs des Hausarztes im Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vorgesehen. Im Übrigen wird zur Beantwortung auf die Frage 9 verwiesen.

28. Besteht nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichender ärztlicher Nachwuchs und eine ausreichende Übernahmebereitschaft für hausärztliche Praxen in den neuen Bundesländern, und wenn nein, welche Konzepte präferiert die Bundesregierung, um diese zu schaffen?

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht für Deutschland grundsätzlich ausreichender ärztlicher Nachwuchs. Jährlich stehen insgesamt rund 10 500 Studienplätze bereit, für die es wieder zunehmend mehr Bewerber gibt. Jeder Studienplatz kann besetzt werden. Die Zahl der Approbationen liegt seit Jahren ebenfalls auf dem Niveau der Studienplätze, so dass über 10 000 Ärzte pro Jahr approbiert werden.

29. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen für den Rückgang der Zahlen von Ärzten im Praktikum von 22 131 im Jahre 1994 auf 17 350 im Jahre 2002 (vgl. Ärztezeitung vom 14. April 2003)?

Der Rückgang der Zahl der Ärzte im Praktikum (AIP) zwischen den Jahren 1994 und 2002 ist weitgehend auf die Reduzierung der Studienplätze infolge der Siebenten Änderungsverordnung zur Approbationsordnung für Ärzte zurückzuführen. Die Studienplätze wurden ab 1991 um rund 20 % reduziert. Die Studienanfängerzahlen verringerten sich damit ab Wintersemester 1991/1992 entsprechend. Damit sanken folglich die Absolventenzahlen ab Herbst 1997, so dass entsprechend weniger Absolventen die AIP-Phase aufnahmen. Eine weitere Ursache für geringere Zahlen beim Arzt im Praktikum in Deutschland ist vermutlich die wachsende Bereitschaft junger Ärzte gerade die Praktikumphase im Ausland zu absolvieren. Die konstante Approbationszahl lässt aber vermuten, dass ein großer Teil der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Zeit als Arzt im Praktikum im Ausland absolvieren, danach in Deutschland approbiert werden.

30. Wie bewertet die Bundesregierung den überdurchschnittlichen Rückgang der Zahl der Ärzte im Praktikum im Jahr 2002 in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, und ist sie bereit, die Bundesländer bei Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu unterstützen, und wenn ja, in welcher Form?

Der regional unterschiedliche Rückgang der Zahl der Ärzte im Praktikum dürfte mit verschiedenen Elementen der Arbeits- und Lebensbedingungen zusammenhängen. Hier sind die Arbeitgeber und Kommunen aufgefordert, attraktive Bedingungen zur Arbeitsaufnahme zu schaffen. Zu dem plant die Bundesregierung durch eine Gesetzesnovelle den „Arzt im Praktikum“ abzuschaffen.

31. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen, dass trotz relativ gleichbleibender Zahlen der Studienanfänger im Fach Humanmedizin immer weniger Absolventen dem Arztberuf nachgehen (vgl. Ärztezeitung vom 14. April 2003), und wie bewertet sie diese Entwicklung?

Die Absolventenzahlen in der Humanmedizin sind im Vergleich zu den Studienanfängerzahlen relativ konstant. Nach den statistischen Angaben der Bundesärztekammer nehmen die Zahlen der Ärzte insgesamt, der berufstätigen Ärzte, der Ärzte ohne Berufstätigkeit bzw. der kurativ tätigen Ärzte seit Jahren regelmäßig zu. Auch die Zahl der Ärzte in Behörden und anderen Tätigkeitsbereichen ist von 1996 bis 2002 insgesamt angestiegen. Dass Ärzte zunehmend andere Tätigkeitsfelder für die Berufsausübung wählen, lässt sich aus den Zahlen der Bundesärztekammer nicht entnehmen.

Die Modernisierung der ärztlichen Ausbildung leistet einen Beitrag für die Attraktivität des Arztberufs generell und des kurativ tätigen Arztes. Erhebliche Bedeutung wird auch die Abschaffung der AIP-Phase haben (vgl. Frage 30), da mit Wegfall des Arztes im Praktikum die Verdienstsituation bei der erstmaligen umfassenden Berufstätigkeit wesentlich verbessert wird.

32. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin, die anderen Berufen als dem Arztberuf nachgehen (nach Berufen aufgeschlüsselt), oder beabsichtigt sie die Durchführung eines entsprechenden Surveys oder anderer Maßnahmen zur Klärung des Sachverhaltes?

Nach der neuesten Statistik der Bundesärztekammer sind Ende 2002 genau 15 573 Ärzte in sonstigen Bereichen ärztlich berufstätig. Diese Zahlen lagen zwischen 1998 und 2002 zwischen etwa 15 300 und etwa 17 500. Dadurch wird belegt, dass Absolventen der humanmedizinischen Ausbildung nicht verstärkt in andere Berufe abwandern, wie dies teilweise vermutet wird. Im Vergleich mit 1999 hat die Zahl der berufstätigen Ärzte in sonstigen Tätigkeitsbereichen um rund 2 000 abgenommen.

Erkenntnisse über die Zahl der Ärzte in den jeweils konkret ausgeübten Berufen liegen der Bundesregierung nicht vor. Das BMGS bereitet derzeit aber die Ausschreibung eines Gutachtens vor, das klären soll, wie viele Ärzte aus der ärztlichen Ausbildung ausscheiden bzw. nicht den kurativen Beruf ergreifen und welche Ursachen dafür maßgebend sind. Von diesem Gutachten werden weitere Erkenntnisse erwartet. Die Länder wurden hierzu um Beteiligung gebeten.

33. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern, trotz Zunahme der Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, wenige Mediziner im Land bleiben und die Zahlen der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sinken?

34. Gibt es ähnliche Erfahrungen in den anderen neuen Bundesländern, und welche alternativen Förderungsmöglichkeiten zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit werden gegebenenfalls seitens der Bundesregierung gesehen?

Es wird immer wieder Versorgungsregionen geben, die von jungen Medizinern als weniger attraktiv angesehen werden – unabhängig davon, ob es sich hierbei um Regionen in den neuen oder alten Ländern handelt. Solange es ungesperrte Versorgungsbereiche in Deutschland gibt, ist es der Entscheidung des Einzelnen überlassen, den aus seiner Sicht attraktivsten Arztsitz zu wählen. Im Übrigen wird zu den Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf die Antwort der Frage 11 verwiesen.

35. Wie hoch war im vergangenen Jahr die Zahl der beim Arbeitsamt gemeldeten arbeitslosen Ärzte, der offenen Stellen für Ärzte und der entsprechenden Vermittlungen in den einzelnen Arbeitsamtsbezirken?

Die Anzahl der im Jahr 2002 bei den Dienstellen der Bundesanstalt für Arbeit im Jahresdurchschnitt arbeitslos gemeldeten Ärzte, zu diesem Bereich gemeldete offene Stellen sowie die Zahlen zu den Abgängen arbeitsloser Ärzte durch Vermittlung nach Auswahl und Vorschlag des Arbeitsamtes (personale Vermittlungen) lassen sich der nachfolgenden Übersicht entnehmen.

Arbeitsamt/ Landesarbeitsamt	Jahresdurchschnitt 2002		Summe 2002
	Gemeldete Stellen	Arbeitslose	Abgang Arbeitslose durch Vermittlung nach Auswahl und Vorschlag
031 Neubrandenburg	23	14	5
032 Rostock	24	47	31
033 Schwerin	25	19	6
034 Stralsund	21	12	10
LAA Nord (insg.)	**227**	**638**	**138**
922 AA Berlin Süd	3	61	32
933 A Berlin West	10	180	10
944 AA Berlin Südwest	11	224	12
955 AA Berlin Nord	18	230	40
962 AA Berlin Mitte	21	149	33
964 AA Berlin Ost	7	37	9
BA Berlin (insg.)	**69**	**880**	**136**
035 Cottbus	37	16	5
036 Eberswalde	30	12	2
037 Frankfurt (Oder)	13	20	11
038 Neuruppin	8	34	4
039 Potsdam	15	42	8
LAA Berlin-Brandenburg (insg.)	**172**	**1 003**	**166**
042 Dessau	12	15	2
043 Halberstadt	24	7	3
044 Halle	6	50	6
045 Magdeburg	38	31	10
046 Merseburg	2	16	1
047 Sangerhausen	6	6	5
048 Stendal	15	4	1
049 Wittenberg	2	3	2
070 Altenburg (Th)	5	3	
093 Erfurt	21	23	9
094 Gera	18	6	1
095 Gotha	16	8	4
069 Jena	31	19	3
097 Nordhausen	24	12	2
098 Suhl	36	8	6
SAT LAA Sachsen-Anhalt-Thüringen (insg.)	**257**	**209**	**55**
071 Annaberg	5	6	
072 Bautzen	30	16	4
073 Chemnitz	37	29	7
074 Dresden	17	74	41
075 Leipzig	33	94	22
076 Oschatz	17	11	6

Arbeitsamt/ Landesarbeitsamt	**Jahresdurchschnitt 2002**		**Summe 2002**
	Gemeldete Stellen	**Arbeitslose**	**Abgang Arbeitslose durch Vermittlung nach Auswahl und Vorschlag**
077 Pirna	9	9	
078 Plauen	23	5	1
079 Risa	9	5	5
092 Zwickau	26	10	6
S Sachsen (insg.)	**206**	**259**	**92**

36. Welche Maßnahmen seitens der Bundesanstalt für Arbeit wurden für den Fall getroffen, dass hierbei erhebliche Diskrepanzen zwischen arbeitslosen Ärzten in bestimmten Bundesländern einerseits und gemeldeten offenen Stellen in bestimmten Bundesländern andererseits bestanden, um eine diesbezügliche Mobilität der arbeitslosen Ärzte zu steigern, und ggf. welchen Verbesserungsbedarf sieht die Bundesregierung hierbei?

Wenn vor Ort Engpässe absehbar sind, sei es nun auf Bewerber- oder auf Stellenseite, werden von den Hochschulteams, bei denen es sich um Vermittlungs- und Beratungsdienste speziell für Akademiker handelt, sowie von den Vermittlungseinrichtungen die Möglichkeiten des überregionalen Vermittlungsbereichs genutzt. Dies sind insbesondere folgende Maßnahmen:

– Bundesweite Veröffentlichung von offenen Stellen und Bewerbern in den entsprechenden Online-Angeboten der Bundesanstalt für Arbeit; d. h. dem Stellen-Informations-Service (SIS) und dem Arbeitgeber-Informations-Service (AIS). Im Rahmen der Selbstinformation kann damit ein größerer Kreis potentieller Interessenten angesprochen werden.

– Nutzung von MARKT+CHANCE. Mit den Anzeigern „Stellenangebote National International“ und „Bewerberprofile“ bieten sich hier weitere Möglichkeiten, Profile überregional zu veröffentlichen.

– Die Bewerbergewinnung durch gezielten Zugriff auf den Bewerberpool andere Arbeitsämter, aber auch die Durchführung überörtlich ausgerichteter Arbeitsmarktbörsen bilden die unmittelbaren vermittlerischen Ansätze zum Arbeitsmarktausgleich. Die Arbeitsaufnahme auswärtiger Bewerber kann dabei über spezielle Hilfen des SGB III unterstützt werden (Mobilitätshilfen).

Die Bundesregierung geht davon aus, dass mit den vorhandenen Hilfen zur Vermittlung und der Möglichkeit der Gewährung von so genannten Mobilitätshilfen nach §§ 53 f. SGB III (Reisekostenbeihilfe, Fahrtkostenbeihilfe, Trennungskostenbeihilfe, Umzugskostenbeihilfe, etc.) ein durchaus wirksames Instrumentarium zur Verfügung steht, um regionale Ungleichgewichte am Arbeitsmarkt auszugleichen.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der ab dem 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Erweiterung der Zumutbarkeits-Regelung (§ 121 Abs. 4 SGB III) klargestellt, dass unter bestimmten Voraussetzungen von arbeitslosen Leistungsempfängern auch ein Umzug zur Aufnahme einer Beschäftigung außerhalb des zumutbaren Pendelbereichs verlangt werden kann. Auch dies wird dazu beitragen, die Mobilität von arbeitslosen Ärzten zu erhöhen. Darüber hinaus wird kein aktueller Handlungsbedarf gesehen.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333